

KYSTES ET PSEUDO-KYSTES DU PANCRÉAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre TEXIER

Né à Magnac-sur-Touvre, le 27 Juillet 1893



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER

3, Rue Stella, 3

1921

KYSTES ET PSEUDO-KYSTES
DU PANCRÉAS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546427_0025

KYSTES ET PSEUDO-KYSTES DU PANCRÉAS

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 14 décembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Pierre TEXIER

Né à Magnac-sur-Touvre, le 27 Juillet 1895



LYON

IMPRIMERIE NOIRCLERC & FÉNÉTRIER

3, Rue Stella, 3

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire..... MM. HUGOUNENQ
Doyen. J. LEPINE.
Assesseur..... ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	TIXIER.
Clinique ophtalmologique		BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..		X.
Clinique neurologique et psychiatrique.....		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....		LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino laryngologie		WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		ROCHET.
Chimie biologique		NOVE-JOSSERAND,
Chimie organique et Toxicologie.....		CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		MOREL.
Anatomie		MOREAU.
Anatomie générale et Histologie.....		GUIART.
Physiologie		LATARJET,
Pathologie interne		POLICARD
Pathologie et Thérapeutique générales.....		DOYON.
Anatomie pathologique		COLLET.
Médecine opératoire		MOURIQUAND,
Médecine expérimentale et comparée.....		PAVIOT.
Médecins légale		VILLARD,
Hygiène		ARLOING (F.).
Thérapeutique		MARTIN (E.).
Pharmacologie		COURMONT (P.).
		PIC
		FLORENCE (A.).

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie..	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Accouchements.....	COMMANDEUR
— — Urologie.....	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL,
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Stomatologie.....	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
BRETIN.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
LERICHE.	THEVENOT Luc.	SARVONAT.	MURARD.
THEVENOT Léon.	PIERY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
TAVERNIER.	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé
CADE.	DUROUX.	CORDIER.	des fonctions.
GARIN.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. BÉRARD, Président; M. PATEL, Assesseur;
MM. COTTE et THEVENOT Léon, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

« MEIS ET AMICIS »

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES
MORTS POUR LA FRANCE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BÉRARD
Professeur de Clinique chirurgicale
Chevalier de la Légion d'honneur

Il nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse, qu'il nous soit permis de lui présenter l'hommage de notre gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous permettre de publier une observation. Nous lui exprimons nos sincères remerciements.

A MONSIEUR LE DOCTEUR SANTY
Chirurgien des Hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de ce travail et nous a aidé de ses conseils.

Nous le prions d'accepter l'expression de notre reconnaissance.

A MES MAÎTRES

A MES JUGES

INTRODUCTION

Une première distinction est à établir entre les productions liquides enkystées, localisées dans le pancréas, et celles qui en rapport intime avec la glande ne se trouvent point enfermées en partie ou en totalité dans le parenchyme de l'organe.

Greene Cumston, de Boston, dans un mémoire publié en 1903 dans *la Revue de chirurgie*, sur un cas de kyste du pancréas, proposait de diviser les formations kystiques de cet organe en quatre groupes :

- 1° Kystes par rétention du conduit excréteur ;
- 2° Kystes de nature plus ou moins maligne à rapprocher des cysto-épithéliomes ovariens ;
- 3° Kystes par rétention dans les vésicules glandulaires et les plus petits canaux excréteurs ;
- 4° Pseudo-kystes d'origine inflammatoire ou traumatique.

Cette dernière variété correspond aux productions développées en dehors du parenchyme glandulaire, et si cliniquement il est à peu près impossible de distinguer les pseudo-kystes des kystes intra-glandulaires, l'étude histo-

logique a montré qu'ils s'en séparaient nettement par l'absence d'épithélium sur la face interne de leur paroi. D'autre part, ces formations pseudo-kystiques ne sont presque jamais différenciées des autres tumeurs se développant au niveau des régions épigastriques et de l'hypocondre avant l'intervention chirurgicale. Les signes physiques des unes et des autres sont sensiblement les mêmes.

En réunissant un certain nombre d'observations, nous avons pu constater combien variaient peu leur symptomatologie et leur évolution et combien devaient servir à établir leur diagnostic la notion d'un traumatisme antérieur ou de crises douloureuses violentes siégeant à l'épigastre ou même mal localisées.

Nous devons l'inspiration de ce travail à M. le Docteur Santy, chirurgien des Hôpitaux, qui a eu l'extrême obligeance de nous communiquer l'observation d'une femme présentant une tumeur de l'hypocondre droit, d'origine pancréatique, et qu'il opéra avec succès. Nous sommes heureux de lui offrir, pour sa bienveillance habituelle, le témoignage de notre profonde gratitude.

ETIOLOGIE. — PATHOGENIE

Nos observations nous ont montré que dans les antécédents des malades présentant des tumeurs pseudo-kystiques, il était possible de relever soit un traumatisme, soit une série de crises douloureuses plus ou moins vives et plus ou moins espacées aboutissant un jour à une crise très intense avec douleurs siégeant à la région épigastrique et accompagnées de vomissements, soit une seule crise violente (observ. II), à la suite de quoi se développait une tumeur. L'examen du contenu de la poche kystique montre que lorsque le traumatisme n'est pas en jeu, des débris d'origine pancréatique sont constamment trouvés. Ce qui semble indiquer un processus de nécrose partielle de la glande.

Traumatisme et nécrose apparaissent comme les deux grandes causes qu'il nous faut étudier.

I. — PSEUDO-KYSTES D'ORIGINE TRAUMATIQUE

Les lésions traumatiques du pancréas étaient considérées il y a quelques années comme une rareté. Les progrès accomplis dans la chirurgie de cette glande, les interventions plus nombreuses pratiquées au cours des traumatismes abdominaux ont permis de remarquer que

le pancréas, malgré sa situation profonde, était lésé d'une façon relativement fréquente par des chocs d'une intensité modérée sur les régions épigastrique et hypocondriaque gauche. L'étude des observations recueillies au cours des laparotomies effectuées après un traumatisme, a montré qu'il y a entre le traumatisme et la production du kyste une relation de cause à effet.

L'affection débute au choc de la paroi et évolue d'une façon continue jusqu'à l'apparition de la tumeur. Rien auparavant n'indique un trouble fonctionnel de la glande; bien que la tumeur n'apparaisse qu'un certain temps après l'accident, bien que le blessé présente une période d'amélioration notable lui permettant parfois de reprendre ses occupations, cette accalmie ne peut pas être regardée comme une guérison complète, le malade ne revient pas à son état normal et continue à maigrir, ce qui indique l'évolution latente d'une lésion que l'apparition d'une poche kystique rendra évidente. On peut donc envisager la formation kystique comme l'aboutissant de la blessure initiale.

Comment se produisent ces lésions ? Pour Guinard, la paroi abdominale se déprime suffisamment sous l'influence du choc pour permettre la compression de la portion moyenne du pancréas contre la colonne vertébrale. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est que l'objet traumatisant agit souvent par une surface vulnérante relativement peu étendue, capable par conséquent de déprimer plus facilement la paroi (pied de cheval, timon de voiture, guidon de bicyclette, dos d'une chaise, etc...) et de plus ce sont les lésions de la tête et de la portion moyenne qui sont trouvées le plus souvent.

Auvray pense que sous l'action du choc, le ligament pancréatico-splénique se tend brusquement et occasionne ainsi la rupture indirecte de la glande.

Ces lésions peuvent se présenter sous différents aspects : broiement d'une portion considérable de l'organe ; rupture complète détachant un fragment plus ou moins gros. Ces graves désordres ne nous intéressent qu'assez peu car ils ne donnent pas naissance à une collection kystique ; ils entraînent une mort rapide ou nécessitent une intervention d'urgence. Mais la déchirure peut être minime, elle peut n'ouvrir que quelques vaisseaux sanguins ou quelques canalicules excréteurs. Le tissu glandulaire peut être simplement contus.

Si des canalicules excréteurs sont ouverts, il s'ensuit une fistule qui déverse continuellement du suc pancréatique soit sous le péritoine, soit dans l'arrière-cavité des épiploons, suivant que le péritoine postérieur est intact ou non, et c'est cet épanchement progressif, enkysté dans la cavité préformée ou dans la cavité de nouvelle formation qui constitue le pseudo-kyste.

Le pseudo-kyste peut encore se former s'il y a soit hématome par rupture de vaisseaux sanguins, soit une simple contusion limitée. Car ces lésions sont des foyers favorables à l'action irritante et destructive du suc pancréatique et à l'action nécrosante des toxines microbiennes. Et l'ouverture secondaire et tardive des canaux contenus dans ces foyers donnera lieu à un épanchement de suc pancréatique enkysté.

En résumé, le traumatisme produit une solution de continuité des acinis glandulaires et des canaux excréteurs, soit directement par déchirure, soit indirectement

en favorisant l'action destructive du suc pancréatique et des toxines microbiennes.

La pathogénie de certains pseudo-kystes à contenu clair reste obscure, si l'on n'admet pas que le suc pancréatique déversé par les canaux excréteurs rompus soit susceptible d'être résorbé ou transformé. En effet, si dans quelques cas, l'analyse chimique a pu montrer que le liquide clair de la cavité kystique contenait certains éléments de la sécrétion pancréatique, il est d'autres cas où cet examen chimique a été négatif. Donc si parfois on peut parler de pseudo-kystes séreux traumatiques d'origine pancréatique, il en est d'autres où cette interprétation pathogénique n'est rien moins que démontrée. Pour Lecène, il pourrait s'agir quelquefois dans ces conditions de rupture de vaisseaux lymphatiques avec formation consécutive d'un épanchement séreux. Il trouve excessif de dire que dans tous les kystes post-traumatiques de cette région il s'agit de rupture plus ou moins étendue du pancréas. Pour Savariaud, l'arrière-cavité des épiploons serait une véritable bourse séreuse et les épanchements de véritables hygromas ou plus justement des péritonites enkystées. Quand une séreuse est le siège d'une contusion, suivant la violence du traumatisme, il se produit tantôt un épanchement sanguin avec caillots, tantôt un épanchement séro-hématique, tantôt un simple épanchement séreux. La présence du pancréas en arrière explique facilement la présence du suc pancréatique dans certains de ces épanchements lorsqu'il y a eu déchirure de la glande et rupture de quelques canaux.

II. — PSEUDO-KYSTES DU PANCRÉAS D'ORIGINE NÉCROTIQUE

L'existence de pseudo-kystes liés à la nécrose du pancréas ne paraît pas discutable à la suite des faits tels qu'ils sont rapportés par Körte, Gané et Quénu. En effet, la présence dans le liquide kystique de débris de tissu pancréatique libre est en faveur de l'idée d'une nécrose partielle, que celle-ci soit produite par infractus ou par infection secondaire venant du cholédoque. L'absence de fièvre et de réaction péritonique chez les malades, la stérilité du liquide kystique ne vont pas contre une semblable opinion, étant donné ce que l'on sait aujourd'hui des affections à virulence atténuée et aussi des propriétés bactéricides des sécrétions pancréatiques.

L'infection du pancréas est expérimentalement réalisée : Carnot injecte dans le Wirsung une culture de colibacilles et détermine avec ou sans ligature du conduit une pancréatite. Suivant la résistance de la glande et suivant la virulence des germes il réalise des lésions d'allure chronique ou aiguë. Par injection dans le duodénum d'un centimètre cube d'huile de croton il obtient le même résultat.

Cliniquement cette infection peut être réalisée par toutes les causes de stagnation et en particulier par l'existence d'un obstacle vatérien. La présence d'un calcul a été plusieurs fois constatée. On a aussi pensé que des calculs pouvaient causer l'ascension des sucs intestinaux par suite d'une inhibition du sphincter d'Oddi. L'infection pourrait encore se produire à l'occasion de poussées aiguës de gastro-entérite.

Pour Polya, les microbes introduits agiraient en activant les ferments pancréatiques qui seraient alors susceptibles d'attaquer le parenchyme de l'organe.

Divers auteurs par injection dans le canal de Wirsung de substances irritantes déterminent des lésions de pancréatite hémorragique : chlorure de zinc (Thiroloux), suc gastrique (Hlava), papaïne, extrait pancréatique de porc (Carnot), bile (Apic).

Le sang ainsi épanché va constituer un hématome au niveau du pancréas, peut dédoubler le mésocôlon, remplir l'arrière cavité des épiploons. Là il détermine également des accidents de compression plus ou moins étendus. Dans le territoire ischémié, la nécrose va se produire, les altérations font disparaître le pouvoir de résistance que possède normalement la glande à l'action digestive du suc qu'il sécrète et de la sorte le pancréas devient la proie de ses propres ferments.

D'après ces diverses expériences, la pancréatite apparaît comme une cause de nécrose du pancréas et par suite de pseudo-kystes.

D'ailleurs ces accidents de pancréatite sont signalés par tous les auteurs comme liés à des intoxications diverses, à des affections gastro-intestinales, hépatiques, et tout particulièrement à la lithiase biliaire. L'opérée de M. Santy (obs. II) en est une preuve nouvelle. Si chez cette malade les signes de lithiase ne sont pas très nets, il n'en est pas moins vrai que l'intervention montre une vésicule biliaire scléreuse et calculeuse.

En outre, les taches de stéatonecrose signalées (ainsi que dans l'obs. VIII) et la crise violente à début brusque, indiquent un processus de pancréatite aiguë.

En dehors des pseudo-kystes traumatiques et nécrotiques, Pierre Descamps signale que par deux fois il constata l'existence de kystes séreux de l'arrière cavité des épiploons, dans des cavités péritonéo-embryonnaires, résultant d'une absence d'accolement partiel du mésogastre et du mésocôlon transverse. De tels kystes, par inclusion partielle du péritoine embryonnaire, ont été constatés au niveau de tous les fascia d'accolement. Il conclut que certains pseudo-kystes pancréatiques pourraient ressortir à ce mécanisme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les pseudo-kystes du pancréas sont des masses liquides uniloculaires à développement progressif. Leur dimension varie en général du volume d'une tête de fœtus à celui d'une tête d'adulte et peuvent même atteindre des proportions supérieures.

Körte a pu distinguer plusieurs variétés de ces kystes suivant le point où ils émergent de l'arrière cavité des épiploons pour se rapprocher de la paroi abdominale. Le type sous-hépto-gastrique est le plus fréquent, le kyste s'insinue entre la grande courbure de l'estomac qu'il repousse en haut et le côlon transverse qu'il abaisse.

Le type inter-hépto-gastrique est beaucoup plus rare, le kyste arrive au contact de la paroi abdominale en repoussant l'épiploon gastro-hépatique en avant, en refoulant en bas l'estomac vers la région ombilicale et le flanc gauche et en émergeant à l'orifice de l'arrière cavité des épiploons au-dessous du foie (observ. V).

Leur contenu est habituellement un liquide peu épais, louche, de coloration variable : jaune citron, verdâtre ou brunâtre. Bien qu'ayant très souvent une origine traumatique, il est très rarement coloré de sang. L'examen chimique portant sur le liquide retiré au moment de l'opération permet parfois d'y déceler les ferments

pancréatiques, mais le fait est loin d'être constant. Cependant la fistule créée par l'intervention laisse toujours écouler du suc pancréatique ; il faut donc admettre que les éléments de la sécrétion pancréatique se résorbent à l'intérieur de la poche. Généralement ce liquide est alcalin, peu dense, contenant un peu de chlorure de sodium, des traces de cholestérine, des globules gras, quelques lymphocytes et parfois des globules sanguins.

La paroi du kyste quelquefois très épaisse est extérieurement lisse ou plus ou moins festonnée, adhérente au moins en partie aux organes voisins, ce qui est très intéressant à connaître au point de vue du traitement. L'examen histologique montre la paroi uniquement constituée de tissu conjonctif très dense quelquefois disposé en couches lamelleuses mais n'a jamais permis de voir la moindre trace de revêtement épithélial à la face interne.

D'autres altérations de voisinage sont aussi à noter ; leur présence indique une altération pancréatique grave. Ce sont des taches blanches ou jaunâtres, plates, comparées à des taches de bougies. On les trouve sur le grand épiploon, sur le mésentère et sur le mésocôlon (obs. II et VIII).

Ces taches de stéatonécrose ont leur maximum de fréquence dans le voisinage immédiat du pancréas.

SYMPTOMATOLOGIE

Les signes de début des pseudo-kystes du pancréas sont variables suivant qu'ils reconnaissent une origine traumatique ou une origine nécrotique ; puis au bout d'un certain temps la tumeur apparaît et dans les deux cas les troubles constatés sont à peu près les mêmes. Nous diviserons l'étude des symptômes en deux parties : a) symptômes initiaux ; b) symptômes tardifs.

I. — PSEUDO-KYSTES TRAUMATIQUES

a) *Symptômes initiaux.* — Il s'agit d'un individu qui reçoit un coup dans la partie supérieure de l'abdomen, où se trouve comprimé entre deux forces adverses. Il tombe, quelquefois perd connaissance. La douleur persiste, tantôt sourde, tantôt aiguë et lancinante, continue ou intermittente, siégeant au point contus le plus souvent autour de l'ombilic.

Elle s'accompagne de vomissements alimentaires et bilieux. S'ils sont précoces ils peuvent marquer la contusion de l'estomac ; tardifs, une heure après l'accident, ils paraissent marquer le début de la réaction péritonéale et s'accompagnent souvent de météorisme abdominal, de constipation ; mais la température reste nor-

male ou s'élève légèrement. Le poulx bien qu'accélééré et dépressible ne revêt pas les caractères du poulx péritonéal.

La diarrhée et la stéarrhée traduisant un trouble fonctionnel du pancréas restent rares.

La sialorrhée a été signalée par Walther dans un écrasement de la tête du pancréas.

Les signes physiques constatés à cette époque n'ont rien de caractéristiques. Le palper, douloureux, est gêné par la contracture des muscles abdominaux et la percussion du ventre météorisé donne un son tympanique.

b) *Symptômes tardifs.* — Peu à peu les phénomènes douloureux s'atténuent et les vomissements cessent. L'appétit revient peu à peu, les malades se croient guéris. Cependant ils éprouvent autour de l'ombilic quelques douleurs ; ils mangent moins bien, ils maigrissent. Un mois ou deux après le traumatisme, parfois dès le lendemain (obs. I) apparaissent de nouveaux accidents douloureux et une tumeur épigastrique se montre, augmentant progressivement de volume.

II. — PSEUDO-KYSTES NON TRAUMATIQUES

a) *Symptômes initiaux.* — Dans les antécédents des malades on retrouve le plus souvent des signes de lithiasé biliaire larvée (obs. II), se traduisant par une série de crises plus ou moins douloureuses, d'une durée variable, ordinairement assez courtes, soit nettement localisées à la région épigastrique, soit au contraire mal localisées et prêtant à confusion avec des coliques néphrétiques, des

crises d'appendicite. On peut noter parfois des vomissements et de la constipation.

Ces phénomènes peuvent se reproduire longtemps sans porter une grosse atteinte à l'état général, jusqu'au jour où des accidents débutant par une douleur extrêmement vive font leur apparition. Cette douleur a un siège sus-ombilical ou quelquefois par sa généralisation ne saurait indiquer l'organe où elle a pris naissance. Elle est spontanée et augmentée par la pression. Dès le commencement, elle est accompagnée de faiblesse et de tendance au collapsus. Bientôt apparaît une distension de la partie supérieure de l'abdomen. Cette distension peut se généraliser.

Les vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, ne font pas défaut ; avec la douleur ils constituent les symptômes prédominants. Le pouls est petit, fréquent, contrastant avec la température qui reste aux environs de la normale.

Le faciès est tiré, les yeux sont excavés, le nez pincé ainsi que dans la péritonite. Cette crise initiale, cataclysmique, a pu souvent en imposer pour une péritonite par perforation. D'ailleurs, à ce stade, il y a une atteinte assez étendue du péritoine puisqu'à l'intervention plus ou moins tardive on trouve encore des taches de stéatonecrose sur l'épiploon et le mésentère.

b) *Symptômes tardifs.* — Les gros phénomènes douloureux calmés, l'état général du malade est beaucoup plus touché que dans le cas précédent ; il y a un amaigrissement notable, pas d'appétit et parfois des nausées et des vomissements. La tumeur se développe assez rapidement : quinze jours dans l'observation III ; le lendemain de la crise dans les observations VI et VIII.

SIGNES DUS A LA PRÉSENCE D'UNE TUMEUR

1° *Signes de compression.* — La tumeur peut comprimer l'estomac, le côlon transverse, le cholédoque, la veine porte, les nerfs du plexus cœliaque, et on observe alors des vomissements et de la stase gastrique avec dilatation de l'estomac et des phénomènes de dénutrition ; de l'occlusion intestinale ; un ictère progressif, de l'ascite, des douleurs siégeant à l'ombilic irradiées tantôt dans l'épaule droite, tantôt dans l'épaule gauche.

2° *Signes physiques.* — Dès qu'elle acquiert un certain volume, elle montre sa présence par une voussure à la partie supérieure de l'abdomen. La palpation permet d'apprécier la forme, le volume et la consistance de cette tumeur. Parfois arrondie, lisse et bien limitée, elle est dans certains cas sans limites précises. Elle donne la sensation de rénitence et de fluctuation. A la percussion, elle donne des zones sonores et des zones mates suivant la situation des organes creux par rapport à elle. Dans des cas on a pu constater à l'inspection des mouvements péristaltiques.

SIGNES PANCRÉATIQUES PROPREMENT DITS

Ces signes, habituellement, sont peu marqués ou n'existent pas. La stéarrhée et la diarrhée sont signalées dans quelques cas. L'amaigrissement rapide et progressif, la diminution des forces ne font jamais défaut.

EVOLUTION

En comparant les différentes observations des pseudokystes pancréatiques dont l'histoire nous révèle nettement le traumatisme initial, on est frappé de la parfaite analogie qui existe entre elles. Nous avons affaire à un sujet ordinairement bien portant jusque-là qui, subissant un choc plus ou moins violent dans la partie supérieure de l'abdomen, présente des symptômes de contusion abdominale pendant quelques jours. A cette période de début succède une phase d'amélioration permettant parfois au malade de reprendre ses occupations, mais sans jamais recouvrir son état de santé antérieur à l'accident. Puis, dans une troisième période, les douleurs augmentent à nouveau, des symptômes variés traduisent ou l'irritation ou la compression d'organes importants, dues à l'apparition d'une tumeur bientôt évidente, pendant qu'un état général grave achemine le malade vers la cachexie et la mort.

Les kystes non traumatiques ont une évolution un peu différente, nous diviserons leur évolution en trois périodes :

Première période : Elle est caractérisée par une série de crises douloureuses n'entravant pas toujours les travaux du malade.

La deuxième période est annoncée par la brusque apparition de douleurs extrêmement violentes, avec vomissements, météorisme, constipation, amaigrissement notable.

A la troisième période, la tumeur se montre produisant des phénomènes analogues à ceux de la troisième période des pseudo-kystes traumatiques.

Heureusement le traitement chirurgical intervient, et nous voyons que presque tous les cas de pseudo-kystes se sont terminés par la guérison.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic peut être à faire soit avant l'apparition de la tumeur, soit lorsque celle-ci est développée.

Dans les cas où un traumatisme marque le début des accidents, les signes seront ceux des contusions de l'abdomen et rien surtout au début n'indique d'une façon spéciale l'altération pancréatique. Parfois il faudra tenir compte de la sialorrhée ou de l'existence d'une tuméfaction sus-ombilicale se développant précocement.

Si nous nous trouvons en présence de la crise douloureuse décrite au chapitre de la symptomatologie, devant le tableau clinique : douleurs vives, brusques, avec ballonnements du ventre, vomissements, altération rapide du faciès et de l'état général, nous serons conduits à envisager les causes de péritonite aiguë, particulièrement celles prenant naissance du fait de la perforation d'un viscère. Les ulcères de l'estomac et du duodénum méritent la première place. Des antécédents douloureux, des troubles dyspeptiques avec hématomèses ou melaena, mettront sur la voie d'une localisation duodénale ou stomacale ; mais il faut compter avec les perforations survenant comme première manifestation apparente d'un ulcère rond.

Le diagnostic est fort difficile avec l'appendicite suraiguë à localisation initiale péri-ombilicale ou juxta-ombilicale.

Les perforations et les inflammations biliaires prêtent à des difficultés particulières. Le siège de la douleur est tout à fait proche de celui qu'il occupe dans les pancréatites. D'autre part, dans les affections pancréatiques, on sait avec quelle fréquence les antécédents attirent l'attention sur les voies biliaires.

L'occlusion intestinale aiguë peut avoir une douleur plus diffuse, la température est au voisinage de la normale. Le pouls s'accélère en général plus tardivement que dans les pancréatites.

Lorsque la tumeur est développée, il faut songer à toutes les tumeurs de voisinage.

Après s'être assuré que la tumeur abdominale est indépendante de la paroi, on mettra immédiatement hors de cause les organes du petit bassin : le sens du développement de la tumeur et le toucher vaginal suffiront en général à convaincre qu'il ne s'agit pas d'un kyste de l'ovaire.

Un néoplasme du côlon transverse donnera également une tumeur, en dehors des signes de stagnation des matières, celle-ci sera dure, non rénitente, très mobile, surtout de haut en bas, déplacée par la réplétion du gros intestin à l'aide de 2 ou 3 litres d'eau.

L'existence d'une zone de sonorité entre la tumeur et le rebord des fausses côtes élimine l'hypothèse d'une tumeur du foie ou de la rate. Celle-ci, d'ailleurs, sera plus fixe et située plus latéralement. Cependant certains kystes de ces organes peuvent se pédiculiser, devenir très

mobiles et laisser entre eux et les fausses côtes un espace sonore. Généralement, la matité de la tumeur pancréatique se continue sans ligne de démarcation avec les matités hépatique ou splénique, ce qui rend le diagnostic difficile. L'absence seule des symptômes propres aux affections de ces organes pourra permettre de les éliminer.

Les tumeurs rénales sont également plus latérales et plus mobiles ; en outre, des symptômes s'ajouteront du côté des urines, qui pourront guider le diagnostic.

La péritonite tuberculeuse est aussi à éliminer ; on se basera surtout sur la limitation de la tumeur, l'absence de fièvre, l'absence d'autres lésions abdominales, la recherche des signes de tuberculose d'autres organes.

Les productions du mésentère ont une situation médiane et sont fluctuantes. Leur mobilité est grande en général et ne sont pas influencées par les mouvements de la respiration.

Une source d'erreur des plus fréquentes sera la présence des kystes hydatiques des organes de la région. Leur évolution est plus lente, les douleurs moins vives. Dans tous les cas, la laparotomie s'impose, car il y a un égal danger à ponctionner les kystes hydatiques et les kystes du pancréas.

Le cancer du pancréas, et plus spécialement de la tête, s'affirme par l'âge du malade, l'évolution de la tumeur, la cachexie et la rétention biliaire fréquente. On devra songer aussi à un anévrysme de l'aorte abdominale, d'autant plus que les pulsations peuvent être transmises à la paroi par l'intermédiaire de la tumeur. Mais l'expansion

manque, comme cela se produit dans les cas d'ectasie aortique.

Une tumeur épigastrique fera penser naturellement à un néoplasme de l'estomac. Le siège de la tumeur en arrière de cet organe, l'absence de cachexie cancéreuse, les commémoratifs de l'évolution plus rapide feront rejeter cette hypothèse. A ce propos, M. Guinard indique l'importance d'insuffler l'estomac pour permettre de préciser le siège rétrogastrique du pseudo-kyste.

En résumé, qu'il s'agisse ou non d'une affection pancréatique, le diagnostic des pseudo-kystes du pancréas est d'une difficulté toujours considérable. La notion d'un traumatisme ou de crises douloureuses brusques et violentes et l'évolution rapide d'une tumeur épigastrique sont d'une grosse importance et doivent attirer l'attention vers le pancréas.

TRAITEMENT

Aujourd'hui, l'ablation totale de la poche kystique est délaissée. C'est d'ailleurs en général une impossibilité, étant donné qu'il n'existe pas de plan de clivage. L'observation VII vient à l'appui de cette manière de voir en montrant que la décortication du kyste n'a pas pu être poussée jusqu'au bout et que la fermeture de l'abdomen sans drainage a été le point de départ d'une nouvelle tumeur et par suite d'une nouvelle intervention.

Trois procédés restent en présence : la marsupialisation en deux temps, la marsupialisation en un temps, la marsupialisation avec drainage de la poche à travers la paroi lombaire. La marsupialisation en deux temps a disparu, même au cours de l'ouverture d'une poche septique, depuis que l'on sait protéger le grand péritoine.

Aussi procède-t-on en une seule fois à la marsupialisation du kyste. Après aseptisation de la paroi abdominale et préparation du champ opératoire, on pratique l'incision soit sur la ligne médiane, soit sur le point culminant de la tumeur. La paroi abdominale ouverte, il faut se rendre compte de la situation exacte de l'estomac et du côlon transverse. Le kyste ne sera ouvert qu'après évacuation de son contenu au moyen de l'aspirateur et protection par des compresses stériles de la grande cavité péritonéale. On l'assèchera le plus possible. On place alors

dans la poche deux gros drains en canon de fusil et on suture l'ouverture du kyste au péritoine pariétal. On termine comme toute laparotomie.

A la marsupialisation, Arrou reproche deux inconvénients : la fistulisation et l'infection de la poche. Aussi conseille-t-il pour empêcher la production d'une interminable fistule de placer 4 ou 5 gros drains qu'on raccourcira peu à peu. De cette façon, la poche se ferme bien sur son fond d'abord ; pour éviter l'infection d'envoyer dans la poche marsupialisée deux fois par jour, la quantité qu'on veut d'une solution d'hydrate de chloral à 4 %.

Dans les cas où le pseudo-kyste est très volumineux, on pourra procéder comme dans l'observation XIII : drainage par la paroi lombaire. Après incision de cette paroi, une longue pince introduite profondément dans la poche par l'ouverture abdominale servira de guide au bistouri pour pratiquer l'incision de la paroi postérieure ainsi déprimée. Deux drains seront laissés dans l'ouverture et l'abdomen fermé comme à l'ordinaire. C'est une méthode très dangereuse, à rejeter.

La suite habituelle de ces observations est une fistule donnant en plus ou moins grande abondance du suc pancréatique. Souvent ces fistules se tarissent d'elles-mêmes en un temps variant de un à plusieurs mois. Contre ces fistules certains auteurs ont conseillé le régime antidiabétique combiné aux alcalins. Tuffier, chez un sujet porteur d'une fistule pancréatique, a obtenu par le régime antidiabétique un résultat immédiat. L'écoulement réapparut avec la cessation du régime, qui, prolongé un certain temps, amena la guérison définitive.

OBSERVATION I

Tumeur épigastrique

Pseudo-kyste traumatique du pancréas probable

(E. BÉRARD, *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*,
23 décembre 1919)

D..., 62 ans, voiturier. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Opéré d'une hernie inguinale gauche il y a une quinzaine d'années. Entre le 20 février 1919, pour une volumineuse tumeur épigastrique. Le début remonte au 29 avril, 1918. En détachant son cheval, cet homme est coincé par cet animal contre la mangeoire ; il est violemment contusionné au niveau de la région épigastrique et est transporté immédiatement à l'hôpital.

Le lendemain, de violentes douleurs apparaissent au point traumatisé, en même temps qu'une tuméfaction de la grosseur d'un poing ; en une quinzaine de jours, cette tuméfaction prend le volume d'une tête d'adulte ; aucun trouble, ni du côté du foie ni du côté des reins.

8 juin : laparatomie exploratrice, ouverture d'une collection hématique avec fibrine, examen bactériologique négatif.

À la suite de l'intervention, la plaie suppure pendant un mois environ ; la tuméfaction a un peu diminué de volume. Les douleurs qui avaient apparu au début se manifestent de nouveau et interdisent tout travail au blessé, qui reste à l'hôpital.

Vers la fin de juin 1918, apparaît un volumineux œdème de la région malléolaire gauche suivi bientôt d'un œdème de la verge et des bourses. Cet œdème disparaît au bout d'une quinzaine de jours sans avoir provoqué aucun trouble. La tuméfaction épigastrique augmente considérablement de volume ; l'état du malade reste inchangé jusqu'au mois d'octobre où il sort de l'hôpital.

Revu à la visite de l'Hôtel-Dieu, le 25 février 1919. L'état général est satisfaisant ; le teint légèrement pâle.

Examen : volumineuse tumeur en coupole à la région épigastrique, présentant une circulation complémentaire nettement apparente et une cicatrice au centre. La tumeur n'est pas animée de battements ; elle est divisée en deux portions par un sillon transversal, correspondant au cinquième cartilage costal ; à la percussion : matité absolue.

A la palpation, la tumeur est résistante, presque dure, repoussant le bord du cartilage costal et le débordant légèrement à gauche ; à droite, elle s'étend jusqu'à la région vésiculaire. En bas, descend jusqu'à l'ombilic. Le rebord inférieur arrondi est nettement délimitable. La tumeur est fixe ; la palpation profonde est douloureuse.

Symptômes fonctionnels : le malade accuse des douleurs très nettes dans toute la région épigastrique, sensation de constriction violente, irradiées à l'épaule droite et à la face interne du bras.

La marche est difficile ; le décubitus dorsal, très pénible, provoque de la suffocation. Les fonctions digestives sont normales ; toutefois, après le repas, on note un peu de ballonnement gastrique.

Radioscopie : la coupole diaphragmatique du côté gauche est très élevée au-dessus de la poche gazeuse de l'estomac ; la région pylorique se confond avec la tumeur, celle-ci paraît cependant située au-dessous de l'estomac. Volumineuse dilatation du côlon ascendant.

Examen des urines négatif.

8 mars 1919 : laparotomie au niveau de l'ancienne cicatrice.

On incise la paroi en la clivant et on arrive à dégager une masse énorme qui bombe au-dessus du foie ; au-dessous de cet organe, la tumeur est recouverte par un mince feuillet ; elle est coincée entre l'estomac, refoulé en bas par la région pylorique, et le foie qui la recouvre.

Après protection du péritoine, le kyste est ponctionné : évacuation de deux litres de liquide louche grisâtre.

On tente un clivage d'abord assez facile, puis très laborieux et très hémorragique ; on arrête le clivage. Suture de la paroi.

Une fistule s'établit pour laquelle on intervient à nouveau le 13 juin 1919. Résection du trajet fistuleux. Laparotomie : l'incision circonscrit la cicatrice que l'on excise avec l'orifice cutané de la fistule. Le péritoine est cloisonné ; on suit le trajet de la fistule entre la face inférieure du foie et la petite courbure ; on est ainsi amené sur le pancréas. On introduit dans le trajet fistuleux un stylet boutonné qui pénètre plusieurs centimètres dans la glande ; on cathétérise sans aucun doute un canal pancréatique. On résèque alors le trajet fistuleux et tous les doutes sont levés lorsqu'on a sous les yeux l'orifice interne plongeant dans le pancréas. Le stylet est à nouveau introduit dans l'orifice glandulaire dont le diamètre

est de trois à quatre millimètres. Cet orifice est avivé par une véritable résection cunéiforme de toute une zone de pancréatite dure, scléreuse, d'environ 1 cm. 1/2 de hauteur. Suture des deux lèvres pancréatiques à l'aide de quatre points perforants étagés, de catgut au collargol. Ces points de suture profonds sont recouverts par un feuillet épiploïque.

Reconstitution de la paroi abdominale. Un petit drain est laissé à la partie supérieure de l'incision, entre le foie et le pancréas.

L'examen histologique des fragments enlevés a montré qu'il s'agissait de tissus scléreux emprisonnant quelques îlots pancréatiques.

Suites opératoires satisfaisantes. Cicatrisation au dixième jour.

En novembre 1919, guérison maintenue.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance du docteur SANTY)

Une femme de 52 ans entre à l'hôpital, le 17 mars 1921, pour une tumeur abdominale découverte à l'occasion d'un examen médical.

Antécédents : rougeole et scarlatine dans l'enfance. Réglée à 14 ans. Mariée, a eu sept enfants, dont deux seulement sont vivants en bonne santé (deux morts de diarrhée infantile ; deux de broncho-pneumonie au cours d'une coqueluche ; un mort par accident).

Histoire de la maladie : depuis quinze ans, à des intervalles très irréguliers et à des heures variables, a ressenti de vives douleurs gastriques ne durant que quelques minutes et disparaissant complètement. Ces crises douloureuses ne se sont jamais accompagnées de vomissements, n'ont jamais été suivies d'ictère ; la malade n'a pas pris sa température, mais elle avait à ce moment de grands frissons. Entre les crises, aucune douleur, aucun trouble gastrique net. Depuis deux ans, les règles sont irrégulières et particulièrement abondantes.

Le 18 décembre 1920, douleur brusque au creux épigastrique, vomissements, météorisme abdominal ; la température monte à 39°5. Dans les jours qui suivent, ictère léger. Le repos au lit fut nécessaire pendant trois semaines. L'état général est mauvais ; amaigrissement notable.

Etat à son entrée : l'état général s'est amélioré, la malade a repris son poids normal.

Dans l'hypocondre droit, on sent une tumeur volumineuse emplissant toute la moitié gauche. Cette tumeur se continue avec le foie ; elle est mobile avec les mouvements respiratoires. Elle est sonore en avant et on perçoit à son niveau des gargouillements. La palpation est douloureuse.

La palpation du reste de l'abdomen est négative. Le poumon et le cœur ne présentent rien d'anormal. Les réflexes sont normaux. L'examen des urines ne révèle ni albumine, ni sucre, ni pigments biliaires.

Intervention le 22 mars 1921 (docteur Santy).

Rachi-anesthésie. Une incision de cholécystectomie permet de constater que cette tumeur était rétropéritonéale, située derrière l'arrière-cavité, des épiploons et recouverte par les viscères abdominaux adhérents ; seul, le péritoine, situé au-dessus de la petite courbure de l'estomac, était libre et fut incisé en ce point.

En divers points du grand épiploon et sur le mésentère, on trouve des taches laiteuses du diamètre d'une grosse lentille, présentant de grosses analogies avec les taches de stéatocrose que l'on observe dans les pancréatites aiguës.

La tumeur était constituée par un kyste du volume d'une tête de fœtus, contenant environ un litre et demi de liquide séreux dans lequel nageaient des masses nécrotiques appartenant à la tête du pancréas. L'extirpation de ce pseudo-kyste était impossible et une marsupialisation fut pratiquée autour d'un gros drain. La vésicule biliaire scléreuse et calculeuse fut enlevée.

Un examen bactériologique du liquide fut pratiqué : examen direct négatif. Culture sur gélose : staphylocoques et pseudo-diphthériques.

Le 2 avril, le drain est retiré ; mais, préalablement, le liquide qui s'écoulait est soumis à l'examen chimique ; il s'agit de liquide pancréatique. Le drainage ayant été retiré prématurément, la malade présente des accidents péritonéaux cédant à un nouveau drainage.

Dans la suite, aucun accident ; le liquide se tarit peu à peu. Pas de troubles digestifs, pas de dégoût pour les graisses, matières un peu décolorées. L'opérée se lève trois semaines après l'intervention ; la fistulette se ferme progressivement. Quitte le service le 1^{er} mai 1921, avec un état général excellent.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le professeur PATEL)

Pancréatite hémorragique subaiguë à forme kystique

Il s'agit d'un homme de 33 ans, entré le 21 mars 1921, pour des douleurs abdominales et une tuméfaction épigastrique. Ethylique avoué. En 1917, a des douleurs stomacales et des renvois acides la nuit ; ces troubles durent huit à dix jours et reparaissent ensuite par intermittence. L'ingestion d'aliments ne provoque pas de douleurs.

Aux environs du 10 janvier 1921, est pris brusquement de violentes douleurs épigastriques, pas de vomissements, constipation opiniâtre. Quinze jours après le début, une tuméfaction de la région épigastrique apparaît qui grossit progressivement.

Le 9 mars, à la suite de fatigues, le malade a un vomissement gris noir. Les coliques continuent, surtout après les repas.

Examen à l'entrée : le malade se présente avec une tuméfaction de la région épigastrique, faisant une très forte saillie, mobile avec la respiration, fluctuante profondément, non douloureuse, avec zones variables de matité et de sonorité. Elle paraît profondément située et sous anesthésie on a l'impression qu'elle se continue avec le foie ; mais sa situation nettement médiane est contre cette idée. On pense à une complication d'un ulcère de l'estomac, d'autant plus que le malade a eu un accident brusque en janvier.

Intervention le 22 mars 1921.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. Incision des plans superficiels ; on reconnaît qu'il ne s'agit pas d'une complication d'origine inflammatoire. Pas d'œdème des plans cellulaires.

Après ouverture du péritoine, on pénètre dans une cavité libre recouverte par le grand épiploon ; l'estomac refoulé en haut est complètement invisible. Le côlon transverse est rejeté vers le bas. Décollement colo-épiploïque ; on arrive alors sur une paroi interne blanchâtre, tendue, nettement fluctuante. Ponction au trocart ; il s'écoule un litre de liquide hématique. En agrandissant l'orifice de ponction, on reconnaît aussitôt qu'on est dans la tête du pancréas et le fond de la cavité est recouvert par un tissu gangrené, noirâtre, donnant la sensation d'étaupe. On en retire un assez grand nombre de débris.

Marsupialisation à la partie supérieure de l'incision et fermeture de la paroi.

29 mars 1921 : adynamie ; écoulement par la paroi d'un liquide abondant d'odeur fade. Débris de pancréas nécrosé.

2 avril 1921 : lavage de la poche. Elimination encore considérable de liquide pancréatique.

24 juin 1921 : le malade part en bon état. Plaie presque fermée, bon appétit, digestion facile.

OBSERVATION IV

(E. QUENU, *Société de Chirurgie de Paris*, 1911)

Une femme de 36 ans entre à l'hôpital, pour des douleurs abdominales et une tuméfaction épigastrique.

En avril 1909 et en février 1910, cette femme avait éprouvé quelques douleurs dans le haut du ventre, à droite, qui ne l'obligèrent pas à garder le lit. Dans les antécédents, pas de chute, pas de traumatisme.

Le 23 octobre 1910, en pleine santé, la malade fut prise d'une crise douloureuse extrêmement violente avec vomissements. Ces douleurs persistèrent trois jours, mal localisées et qualifiées de coliques néphrétiques. Puis le diagnostic d'appendicite fut porté et fut soupçonné à la diète hydrique avec application de glace sur le ventre.

Peu après, on s'aperçut qu'il existait à l'épigastre et sous les côtes, à droite, une tuméfaction douloureuse à la pression.

La malade fut transportée dans un service de chirurgie où on observa une série de crises douloureuses avec localisation principale à l'épigastre et à l'hypocondre, sans irradiation scapulaire.

L'appétit est conservé, l'amaigrissement peu considérable.

A l'examen du ventre : voussure occupant l'hypocondre droit et l'épigastre, descendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

La matité de la tumeur se continue avec celle du foie. La consistance est élastique. Perception du flot transthoracique. Le diagnostic de kyste hydatique est porté.

L'opération fut faite le 10 décembre. On retire un litre et demi de liquide translucide, louche et mousseux ; le kyste est desséché ; dans ce dernier temps, la gaze ramène des débris de pancréas. Drainage de la poche. Ecoulement de suc

pancréatique et au quatrième jour après l'opération jusqu'au vingt-cinquième jour : cholerragie.

L'analyse du liquide recueilli pendant l'opération montre qu'il contient du suc pancréatique.

Examen histologique du débris de pancréas et de la paroi du kyste : le débris de pancréas est difficilement colorable, à lobulation encore assez nette autour d'un canalicule ; pas de cellules, il reste un vague stroma de nature conjonctive. La paroi du kyste est fibreuse sans revêtement épithélial.

OBSERVATION V

(Docteur SAVARIAUD, *Société de Chirurgie de Paris*, 1909)

Un homme de 39 ans, employé de chemin de fer, blessé le 7 novembre 1907, entre à l'hôpital dans un état demi-comateux, se plaignant de vives douleurs internes.

Le poulx est petit, l'abdomen contracté, la face pâle, les traits tirés. Par le repos, la diète et la glace sur le ventre, les douleurs disparaissent rapidement et au bout de quinze jours, le malade quitte le service sans accuser la moindre douleur.

Bientôt, l'homme éprouve à nouveau des douleurs peu intenses au creux épigastrique ; puis les aliments ne passent plus et sont rejetés ; il maigrit et entre à nouveau à l'hôpital. A ce moment, on s'aperçoit qu'il possède au niveau de l'abdomen une collection kystique des plus nettes. Forte saillie oblongue à grand axe vertical, située derrière le grand droit de l'abdomen et dépassant la ligne médiane. Cette saillie est à peu près immobile pendant la respiration, paraît appendue à la face inférieure du foie, mate à la percussion. Franchement fluctuante.

Le diagnostic est hésitant entre un kyste hydatique de la face inférieure du foie et un épanchement traumatique de bile.

Intervention le 1^{er} février 1908.

Incision parallèle aux fibres du grand droit et située au milieu de lui. Ouverture du péritoine, vésicule normale. Le kyste apparaît au-dessous du bord inférieur du foie en inclinant la lèvre externe de l'incision abdominale. La paroi du kyste a une couleur gris rosé et présente un aspect strié ; cette striation n'est autre que celle des fibres musculaires de l'es

tomac surélevé par la paroi antérieure du kyste. Au-dessous de l'estomac et du foie, la paroi kystique est formée par le petit épiploon très épaissi. On ponctionne la poche, il en sort un flot de liquide couleur d'urine ; pas de membranes hydatiques. On accepte alors le diagnostic de pseudo-kyste de l'arrière-cavité des épiploons dû à un épanchement aseptique de la bile.

Le kyste est asséché, la cavité est drainée par un gros tube, l'orifice est suturé au péritoine pariétal tout autour du tube et on ferme hermétiquement le ventre.

Les premiers jours, le tube laisse passer une quantité assez considérable de liquide séro-sanguinolent, puis est enlevé ; la cicatrisation semble se faire normalement. Il est nécessaire cependant, de remettre un tube plus petit, la sécrétion continuant.

Cette sécrétion est irritante pour la paroi ; elle est constituée par un liquide clair coulant avec une abondance variable suivant les jours.

Ce liquide est analysé et reconnu d'origine pancréatique.

OBSERVATION VI

(COMPTON et HEBEN, *The Lancet*, n° 5107, 1921)

Mme G. M., âgée de 37 ans, fut admise le 11 mai 1920, souffrant d'un point épigastrique intense avec vomissement.

Rien d'important dans ses antécédents personnels et familiaux. A eu cinq enfants.

Histoire de la maladie actuelle : vers le milieu d'avril 1920, la malade avait eu une crise douloureuse au niveau de l'épigastre, durant plusieurs heures, et accompagnée de vomissements d'un liquide verdâtre. Etant constipée, elle prit du sulfate de magnésie : point douloureux et vomissements cessèrent et rien d'anormal ne fut marqué jusqu'à la soirée du 10 mai, où elle fut prise à nouveau de la même souffrance violente. L'attaque fut soudaine, la douleur comparée à une crampe violente, accompagnée mais non augmentée par les vomissements de liquide vert.

Cette situation persista toute la nuit et le jour suivant.

A l'entrée à l'hôpital, le 11 mai, la malade, épuisée par cette douleur incessante et par les vomissements répétés, est pâle, la langue sèche, le pouls plutôt petit et fréquent (130-140), la peau et les conjonctives légèrement jaunes.

L'abdomen est souple, sauf à la partie la plus élevée où il existe une saillie entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, légèrement à gauche de la ligne médiane. A la palpation, la tumeur donne une sensation d'élasticité et la moindre pression est extrêmement douloureuse. Ses limites ne sont pas nettes ; elle disparaît sous la matité du foie ; sa percussion plutôt tympanique.

Intervention : le grand épiploon est enroulé vers l'estomac. Les canaux excréteurs de la bile sont normaux, la vésicule biliaire également. L'estomac recouvre une partie de la tumeur.

Le pancréas est plus facilement atteint par dessous le mésocôlon transverse. Dans cette région, juste au-dessus et à droite de l'angle duodéno-jéjunal, une grosseur rouge sombre est trouvée, couchée derrière le péritoïne pariétal. La tumeur pancréatique est mise à jour et incisée ; il s'en échappe un liquide rougeâtre et quelques fragments d'une substance friable que l'on juge être du tissu pancréatique nécrosé. La tête du pancréas est ferme, tandis que le corps et la queue sont mous et friables. Le liquide de la cavité est drainé ; l'abdomen partiellement refermé. Les suites opératoires sont simples. Un liquide brunâtre s'échappe par le drain en quantité assez abondante ; diminue progressivement jusqu'au 21 juin et se tarit définitivement.

La malade quitte l'hôpital affaiblie. Revue au début d'août, son état général est très amélioré.

Analyse du liquide : présence des ferments pancréatiques. Renferme quelques cellules de pus.

OBSERVATION VII

(LECÈNE-LECLERC, *Société de Chirurgie de Paris*, 1920)

Un jeune homme est fortement serré entre un timon de voiture et un mur, le 20 octobre 1919. Le traumatisme porte sur l'hypocondre gauche. Pas de perte de connaissance. Le lendemain de l'accident, le malade se lève et, deux ou trois jours après, il reprend son travail. Après quinze jours, apparaît, accompagnée de quelques coliques, une tuméfaction progressive de l'hypocondre gauche.

Le malade entre à l'hôpital le 5 novembre 1919. La tuméfaction occupe l'hypocondre gauche et aussi l'épigastre. La

tumeur est résistante, pas de ballonnement lombaire, mate, indolore, immobile. Le reste du ventre est sonore et la matité hépatique est un peu effacée par l'intestin refoulé.

Radiographie : ombre occupant tout l'hypocondre gauche, tout l'épigastre et refoulant le diaphragme en haut. La tuméfaction augmente rapidement dans les jours suivants ; l'état général, jusque-là intact, commence à fléchir.

Intervention le 12 novembre 1919 : incision latérale gauche. Grossé tumeur kystique au devant de laquelle s'étalent l'estomac et le côlon transverse. Ponction et incision gastrocolique. Trois litres d'un liquide absolument clair s'écoulent. Après incision plus large, on se met en devoir de décortiquer la tumeur, mais la poche kystique, bien qu'épaisse, se déchire. On peut néanmoins pousser la décortication jusqu'au diaphragme. A ce niveau, elle devient impossible. Fermeture de la brèche épiploïque. Suture pariétale sans drainage.

Suites opératoires simples et apyrétiques ; le malade se lève le dixième jour.

Le 29 novembre 1919 (17 jours après l'intervention), la tuméfaction s'est reproduite avec la forme et presque le volume qu'elle avait avant l'opération.

Le 31 décembre 1919, nouvelle intervention : on trouve une tumeur exactement semblable à la première ; la poche kystique s'est complètement reconstituée. On se contente de vider la collection qui est formée par le même liquide citrin que la première fois et on marsupialise la poche à la paroi.

Suites simples et guérison au bout de deux mois.

OBSERVATION VIII

(DUJARIER-LEPOUTRE, *Société de Chirurgie de Paris*, 1920)

Un enfant de 12 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, présente, dans la nuit du 31 décembre, une crise de douleurs violentes dans le flanc droit et le creux épigastrique : vomissements verdâtres qui cessent au bout de trois à quatre jours. L'enfant maigrit, reste sans appétit avec parfois des nausées et des vomissements.

Le 28 février 1920, douleurs aiguës dans le ventre et vomissements verdâtres.

Le 1^{er} mars : température 37°8. Pouls 120. Vomissements bilieux, ventre tendu résistant, douloureux, avec maximum dans la région épigastrique, sonorité partout.

Le 4 mars : évaselement de la base du thorax avec voussure épigastrique. La tumeur est élastique, mate, immobile sur les plans profonds.

Opération le 11 mars 1920. Incision médiane. Dès l'ouverture du péritoine on trouve quelques taches de bougie. La tumeur repousse l'estomac en avant et l'aplatit. Elle bombe entre ce dernier et le côlon transverse repoussé en bas.

Une ponction permet de recueillir trois litres d'un liquide ressemblant à du lait coupé. On agrandit l'orifice de ponction et on retire de la poche des débris blancs analogues à de la graisse de bœuf cuite et refroidie. La poche est marsupialisée et drainée. Il s'écoule un liquide ayant tous les caractères du suc pancréatique.

Le 26 mai, on injecte par la fistule un centimètre cube de pâte de Beck ; la fistule se tarit immédiatement.

OBSERVATION IX

(BILTON-POLARD, *British Medical Journal*, 1899, 11 mars)

Un homme de 34 ans, ayant eu depuis six ans plusieurs crises douloureuses à maximum épigastrique, accompagnées de vomissements.

Il se présente avec une tumeur occupant l'hypocondre, la région lombaire et la moitié de la région ombilico-épigastrique gauche.

La tumeur est peu mobile, fluctuante ; pas de signes généraux. Pas de graisse dans les selles.

A l'ouverture du ventre : l'estomac, le côlon transverse et le grand épiploon masquent la tumeur. La face antérieure de celle-ci est mise à nu par l'incision du grand épiploon. Une grosse mèche est introduite jusqu'au contact du kyste, puis on suture la voie abdominale au-dessus et au-dessous de la mèche. Six jours après, on retire la mèche ; ponction du kyste, il s'en écoule un liquide trouble, alcalin à réaction de suc pancréatique. Le huitième jour, ouverture large du kyste et drainage.

Suites simples. Drain gardé quinze mois et guérison.

OBSERVATION X

(C. FENGER, *On case of traumatic cyst of the pancréas*)

Un garçon de 8 ans tombe de cheval et se contusionne l'abdomen.

Les huit premières semaines, il se plaint de douleurs intermittentes au pourtour de l'ombilic. Trois semaines environ après sa chute, une tumeur, augmentant graduellement de volume, apparaît à l'épigastre.

Symptômes : anorexie, vomissements, selles irrégulières, caillées et d'apparence blanchâtre.

Une ponction exploratrice, pratiquée dans la tumeur, évacue un liquide foncé, jaunâtre, à réaction alcaline, sans éléments figurés autres que quelques globules sanguins.

Pas de diagnostic.

Laparotomie mettant la tumeur à nu.

Au bout d'une semaine, ouverture et drainage d'un kyste pancréatique, contenant 40 cc. de liquide. Exit le vingt-troisième jour, avec une fistule suppurant à peine.

OBSERVATION XI

(REGNIER)

Jeune fille de 23 ans, qui était tombée d'une assez grande hauteur. Une tumeur volumineuse se développe progressivement, accompagnée d'un peu d'ictère.

Une ponction exploratrice donna issue à un liquide alcalin d'un brun rougeâtre, contenant de la graisse et des globules rouges, émulsionnant les graisses et saccharifiant les amy-lacés.

Marsupialisation de la poche et, un mois après, guérison à peu près complète. Il ne reste plus qu'une petite plaie bourgeonnante, qui se cicatrise en entonnoir peu après.

OBSERVATION XII

(SIDNEY PHILIPP, *British Med. Journ.*, 19 janvier 1901)

Il s'agit d'un ouvrier qui a reçu un coup de pied de cheval dans l'abdomen. Depuis lors, crises de douleurs abdominales intenses qui motivent son entrée à l'hôpital, cinq mois après.

Il est très amaigri ; pas de fièvre.

Abdomen très distendu, mat à la percussion, sauf au niveau de l'épigastre. On fait le diagnostic d'ascite avec adhérences péritonéales. La ponction ramène une assez grande quantité de liquide clair ascitique. Mais le malade succombe quelques jours après.

A l'autopsie, on voit que le liquide était contenu dans un kyste du pancréas, à parois très minces, d'un volume énorme. Son point de départ se trouvait dans la tête de l'organe. Le liquide kystique était clair, sans dépôt, de densité 1002, possédant les propriétés digestives du suc pancréatique.

OBSERVATION XIII

(HARDOUIN, *In Revue de Chirurgie*, 1907)

Un cultivateur, âgé de 48 ans, entre à l'hôpital le 3 février 1906. A la fin d'octobre 1905, il fut violemment serré contre un mur par une voiture et perdit connaissance une demi-heure environ. Revenu à lui, il put regagner son domicile, distant de un kilomètre, sans aide. Toute la nuit, douleurs violentes dans le ventre, quelques vomissements alimentaires et bilieux. Ces phénomènes se renouvellent pendant une dizaine de jours et s'accompagnent de constipation opiniâtre.

Les symptômes allèrent en s'amendant, mais jamais le malade ne se remit complètement et ne recouvra son état de santé antérieur.

Trois semaines environ après l'accident, il constata la présence d'une tumeur allongée faisant saillie un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic. Depuis, la tumeur n'a fait qu'augmenter de volume. De temps en temps survenaient de violentes coliques, avec ballonnement et sensibilité de tout le ventre et point douloureux assez fixe au-dessous du mamelon gauche. Le malade est petit, d'aspect pâle et très amaigri.

A l'inspection : tumeur volumineuse, siégeant dans l'hypochondre et le flanc gauche. La cage thoracique est déformée, l'ombilic attiré à gauche. Le point le plus saillant de la tumeur se trouve à mi-route d'une ligne joignant l'appendice xyphoïde à l'ombilic, à 4 centimètres de la ligne médiane. Elle ne paraît pas suivre les mouvements de la respiration.

A la palpation : masse résistante, fluctuante, extrêmement tendue.

Percussion : matité dans toute l'étendue de la tumeur dilatant l'estomac par une potion de Rivière, il apparaît nettement situé en avant de la tumeur.

Les urines sont normales, comme quantité et comme qualité. Le diagnostic porté est celui de kyste de l'arrière-cavité des épiploons.

Intervention le 13 février 1906.

Laparotomie médiane. L'estomac cache en haut la partie supérieure de la tumeur ; le côlon transverse est refoulé en bas. L'estomac est très adhérent à la tumeur.

Ponction au trocart donne deux litres de liquide épais, trouble, légèrement floconneux et de couleur brun verdâtre.

Incision du kyste. Assèchement. Après une tentative d'ablation complète, on se résoud à la marsupialisation.

Contre-ouverture de quinze centimètres dans la région lombaire, par où on incise le kyste, et dans laquelle on laisse deux gros drains. Fermeture de la paroi et pansement aseptique.

Le lendemain, ablation du drain antérieur et fermeture de la brèche avec deux agrafes de Michel.

Trois mois après, la fistule était tarie. Le liquide saccharifiait l'amidon. Pas d'endothélium ni d'épithélium à la face interne des parois du kyste.

CONCLUSIONS

I. — La majorité des observations réunies sous le nom de kystes du pancréas ne concernent que des formations pseudo-kystiques.

II. — Certains de ces pseudo-kystes peuvent être la conséquence directe du traumatisme, d'autres se sont développés à la suite d'infection des voies biliaires, d'origine lithiasique, avec apparition consécutive de pancréatite hémorragique à poussées successives, produisant une nécrose partielle de l'organe et mise en liberté de suc pancréatique actif au sein du pancréas.

III. — Le diagnostic ne peut pas s'appuyer sur un symptôme pathognomonique. Il faut tenir compte d'un traumatisme initial ou de signes antérieurs de lithiasc biliaire compliquée à un moment donné d'une histoire péritonéale aiguë au moment du premier accident pancréatique qui a précédé l'apparition progressive d'une tumeur de l'étage supérieur de l'abdomen.

IV. — Le pronostic des pseudo-kystes abandonnés à eux-mêmes est grave. La mort dans un état de cachexie en est le terme.

V. — L'intervention chirurgicale les rend presque bénins. Lors de l'intervention, la découverte du tissu pancréatique nécrosé au sein du kyste permet seule quelquefois d'étiqueter la lésion. La méthode de choix est la marsupialisation.

VI. — La guérison est de règle. La fistule pancréatique consécutive à l'opération guérit généralement d'elle-même. Dans les cas où elle se prolonge, le régime anti-diabétique l'influence heureusement.

Le Président de la Thèse,

Signé : BÉRARD.

Vu : Le Doyen,

Signé : Jean LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.

Lyon, le 1^{er} décembre 1921.

Le Recteur, Président de l'Université,

Signé : JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- BAS. — Thèse de Lyon (1897).
E. BÉRARD. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* (décembre 1919).
CARNOT. — Maladies du pancréas (1908).
COUTURE. — Thèse de Paris (1910-11).
CUMSTON. — *Revue de Chirurgie* (1903).
DELBET PAUL. — Société d'Anatomie de Paris (1907).
DELBET PIERRE. — Société de Chirurgie de Paris (1921). — *Journal des Praticiens* (avril 1921).
LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie clinique et opératoire ; article Pancréas.
DUJARIER. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* (1920, p. 1412).
GARRÉ. — Congrès de chirurgie, Königsberg (1905).
GAY. — Thèse de Lyon (1910-1911).
GILBERT et THOINOT. — Maladies du pancréas.
GOEBELL. — *Presse Médicale* (1907, p. 237).
KLEWSKI. — *Gazetta Lekarska* (1909, t. XXIX).
KÖRCE. — *Deutsch. Med. Wochenschr.* (1911, p. 536).
LAGOUTTE. — *Lyon Médical* (1910).
LECÈNE. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* (1920, p. 835).
LENORMANT. — *Presse Médicale* (1911, p. 31).
MAUCLAIR. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* (1920, p. 170).
MORESTIN. — Congrès français de chirurgie (1904).
PATEL. — Société de Chirurgie de Lyon (mai 1921).
R. PICQUÉ. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* (juin 1908).
QUÉNU. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris* (1911, p. 220).
RATHERY. — Maladies du pancréas (1908).
SANTY. — Société de Chirurgie de Lyon (avril 1921).
SAVARIAUD. — Société de Chirurgie de Paris (1909, p. 753).
SENN. — *Annals of Medecin* (1885).
VILLAR F. — Congrès de Chirurgie (1905).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	7
Etiologie. — Pathogénie	9
Anatomie pathologique	16
Symptomatologie	18
Evolution	22
Diagnostic	24
Traitement	28
Conclusions	45
Bibliographie	47

